

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N^o

345

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Sliman BEN SLIMAN

Né le 13 février 1905, à Zaghouan (Tunisie)
Diplômé de Médecine Coloniale de la Faculté de Paris
Diplômé du Cours de perfectionnement d'Ophtalmologie

SUR UN CAS

DE

ZONA OPHTALMIQUE TRAUMATIQUE

Président : M. TERRIEN, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Sliman BEN SLIMAN

Né le 13 février 1905, à Zaghuan (Tunisie)
Diplômé de Médecine Coloniale de la Faculté de Paris
Diplômé du Cours de perfectionnement d'Ophtalmologie

SUR UN CAS

DE

ZONA OPHTALMIQUE TRAUMATIQUE

Président : M. TERRIEN, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

DOYEN... G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.). Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY ... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale
 Justin BESANÇON.. Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A. TITRE PERMANENT

MM.
ABRAMI.
ALAJOUANINE.
AUBERTIN.
BRULÉ.
CHABROL.
CHIRAY.
DONZELOT.
DUVOIR.
HARVIER.
LIAN.
VALLERY-RADOT
(Pasteur).
SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.
BASSET.
BROCQ.
CADENAT.
GATELLIER.
HEITZ-BOYER.
MOURE.
QUÉNU.
SCHWARTZ.
VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.
ÉCALLE
GUÉNIOT.
LE LORIER.
LÉVY-SOLAL.
METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
FREY	Stomatologie

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PAYS

*Mon plus grand stimulant et l'objet de
mes espoirs.*

A MES PARENTS

*Particulièrement à mon frère Ali, auprès
de qui j'ai trouvé tous les encouragements
et qui est pour moi un grand frère et un
ami.*

A MES AMIS

*A Hamida, l'ami de jeunesse et de tou-
jours.*

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HÔPITAUX DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TERRIEN

Professeur de Clinique ophtalmologique
à la Faculté de Médecine de Paris

*Qui m'a fait le grand honneur de m'ins-
pirer le sujet de cette thèse et d'en accepter
la présidence.*

Hommage et reconnaissance.

SUR UN CAS DE ZONA OPHTALMIQUE TRAUMATIQUE

Introduction

Le sujet de cette thèse m'a été inspiré par mon vénéré maître M. le professeur Terrien, professeur de la Clinique ophtalmologique à l'Hôtel-Dieu, à la suite d'un cas de zona ophtalmique traumatique observé dans son service. Les observations analogues sont rares, le zona ophtalmique lui-même étant d'ailleurs peu fréquent par rapport au zona en général.

Mes recherches bibliographiques ne m'ont pas permis de réunir plusieurs cas de zona ophtalmique traumatique, en dehors de l'observation principale de M. le professeur Terrien. Les cas cités dans la littérature médicale sont plutôt résumés et certains ne résistent pas à la critique en ce qui concerne leur étiologie traumatique. Actuellement, on hésite à étiqueter zona ophtalmique traumatique un zona ophtalmique apparu quelques mois ou quelques années après un traumatisme. Aussi, ai-je été obligé de rejeter les observations de zona ophtalmique apparu quelques mois ou quelques années après un traumatisme.

En dépit du nombre restreint de cas de zona

ophtalmique traumatique observés, nous ne croyons pas sans intérêt l'objet de cette thèse. Nous remercions notre maître M. le professeur Terrien de nous avoir permis, en nous inspirant le sujet de cette thèse, de nous familiariser avec une question qui présente un double intérêt : intérêt scientifique, car la question du zona en général et de ses rapports avec le traumatisme a fait l'objet d'un grand nombre de travaux et de publications depuis le milieu du siècle dernier. Depuis, plusieurs points ont été remarquablement élucidés, d'autres restent encore obscurs, particulièrement le rapport entre le zona et le traumatisme.

Mais comme ce lien entre le zona et le traumatisme intéresse aussi le médecin légiste et pose un problème de médecine légale, son étude présente un intérêt pratique. Intérêt pratique d'autant plus important que les complications et séquelles du zona ophtalmique atteignent un organe essentiel : l'œil. Nous étudierons dans le chapitre zona ophtalmique ces complications et ces séquelles.

Le zona

Le zona ou herpès zoster est une maladie infectieuse à germe inconnu, se traduisant par une éruption unilatérale de vésicules à type herpétique, accompagnée de troubles sensitifs, siégeant sur le territoire cutané d'une racine rachidienne et s'accompagnant anatomiquement d'une inflammation du ganglion nerveux correspondant et d'une méningite discrète.

Décrit pour la première fois par Celse, le zona a donné lieu à travers les siècles à des études multiples et ce n'est qu'au ^{xix}^e siècle que la maladie a été élucidée par des données anatomiques et biologiques.

Avec Alibert et Willan, le zona est classé parmi les dermatoses, à côté de l'herpès, d'où le nom d'herpès zoster.

Rayer, Parrot, signalent l'importance des douleurs névralgiques et incriminent une lésion du système nerveux, opinion confirmée par les recherches anatomo-pathologiques de Barena Sprung qui localise les lésions zonateuses au niveau des ganglions rachidiens.

Charcot, Kaposi, Pitres et Vaillard soutiennent également la théorie nerveuse, en incriminant soit la

lésion ganglionnaire, soit celle prédominant sur le nerf périphérique.

La notion du zona, maladie bien déterminée, se précise et se différencie de plus en plus de l'herpès. On abandonne l'idée du zona syndrome, pour songer à la possibilité d'une entité morbide due à la localisation d'un agent infectieux spécifique sur certains segments du nevraxe appartenant au neurone sensitif primaire et au centre médullaire en rapport avec ce neurone.

Landouzy rapproche alors le zona des fièvres éruptives en se basant sur les signes généraux qui l'accompagnent, l'immunité conférée et l'existence quelquefois notée de petites épidémies.

L'origine infectieuse du zona et sa séparation de l'herpès se confirment de plus en plus et les travaux bactériologiques de Levaditi et anatomo-pathologiques de Marinesco y contribuent pour beaucoup.

Actuellement, le zona est une affection bien déterminée et dont nous avons donné la définition au début de ce chapitre.

Zona et traumatisme.

En même temps que ces travaux sur le zona se poursuivaient, les relations entre le zona et le traumatisme étaient souvent discutées.

En 1859, Charcot publie plusieurs cas de zona post-traumatique. Pour lui le zona est l'expression cutanée d'une névrite ayant pour siège le ganglion spinal ou le nerf périphérique, le traumatisme pouvant être la cause de cette névrite.

En 1867, Mougeot ; en 1871, Couyba et en 1872, Hybord écrivent leurs thèses en s'inspirant des leçons de Charcot et de la loi qui régit les troubles de nutrition consécutifs aux lésions nerveuses, l'éruption étant toujours en rapport avec une névrite.

En 1873, Verneuil étudie l'herpès traumatique dans lequel il ne distingue pas encore nettement le zona de l'herpès.

Avec l'ère pastorienne et la vogue de l'étiologie infectieuse, le traumatisme, facteur de zona, subit une période d'éclipse. Mais avec les lois sur les accidents de travail, la question du traumatisme reprend de l'importance et donne lieu à des travaux et publications dans tous les pays.

En 1923, Thiebierge écrit un important article dans la *Gazette des hôpitaux* sur le zona traumatique. Il commence d'abord par citer les motifs pratiques (loi sur les accidents de travail du 9 avril 1898) qui l'incitent à écrire sur la question. Aussi recommande-t-il la plus grande circonspection pour rattacher un zona à un traumatisme. Après avoir défini le zona, il se livre à la critique des observations de zona traumatique et pose les conditions nécessaires pour diagnostiquer le zona et pour le rattacher à un traumatisme. Après avoir éliminé un certain nombre d'observations où le zona a été confondu avec l'herpès, où le traumatisme était plus ou moins contestable, il retient un nombre infime d'observations dans lesquelles « l'origine traumatique du zona peut être regardée comme plus ou moins vraisemblable » : observations de Blaschko, de Didier et de Baudouin, et pendant la guerre : observation de Dupont et Troisier et observation de Boursier et Ducastaing. Il conclut par la rareté du zona traumatique et la difficulté de le rattacher scientifiquement à un traumatisme, mais en cas de doute, ce dernier doit profiter à l'ouvrier.

« En résumé, écrit Thiebierge en 1923, le zona, affection spécifique des ganglions rachidiens, peut parfois succéder à un traumatisme, mais il s'agit là de cas exceptionnels le plus souvent discutables ; si en matière d'accidents de travail, le doute qui plane sur eux doit profiter à l'ouvrier, il est nécessaire pour admettre l'origine traumatique possible du zona que

le traumatisme ait pu intéresser directement ou indirectement les ganglions rachidiens. »

Avec Head et Campbell, Déjerine et André Thomas, la localisation de la lésion sera étendue aux nerfs périphériques. Ces derniers décèlent histologiquement des zonas avec lésions des nerfs périphériques seuls, sans atteinte des ganglions rachidiens.

Les travaux d'Ehringer, Thomas, Laminière et Vohlwill font entrevoir, puis confirment le neuropathisme de l'affection.

Enfin, les recherches déjà citées de Gruter, Levaditi et Poincloux font du zona une infection à virus inconnu se localisant particulièrement sur le système nerveux.

Ainsi, les réserves et les conditions posées par Thiebierge en 1923 ne concordent plus avec la conception actuelle du zona.

Dès lors, le zona traumatique apparaît comme une infection à virus inconnu se localisant sur une région mise en état de moindre résistance par le traumatisme.

Levaditi dit dans son livre *Herpès et zona* :

« Tout porte à croire qu'ici (zona symptomatique) comme dans l'herpès symptomatique, il s'agit de véritables zonas essentiels, occasionnés par des processus infectieux ou des intoxications agissant sur le système nerveux et créant ainsi un *locus minoris resistentiæ* où l'agent causal spécifique du zoster se fixe et pullule.

« La contagion, voire même le microbisme latent

(porteurs de virus), explique la présence du germe zostérien chez ces sujets, germe qui resterait indéfiniment inactif, si des causes accidentelles, capables d'affaiblir le système nerveux, n'intervenaient.

« Parmi ces causes accidentelles, les intoxications et certaines infections jouent le premier rôle. mais il existe aussi des zonas provoqués soit par une lésion des nerfs périphériques, des ganglions rachidiens ou de la moelle épinière, soit par un *traumatisme*. »

Après ces différents travaux, il était nécessaire de modifier la conception du zona traumatique. Le professeur Chalié, dans un article intitulé « Le zona traumatique » paru dans le *Journal de Médecine de Lyon* de 1934, repose la question et propose certaines solutions. Du point de vue médico-légal, il écrit :

« La valeur médico-légale, contestée par Thiebierge en 1923, peut être admise actuellement depuis les nouvelles données pathogéniques du zona.

« Deux conditions suffisent pour admettre la relation de cause à effet :

« 1° Le zona doit apparaître sur la région où a porté le traumatisme, même léger sans plaie tégumentaire ;

« 2° Il doit survenir après le traumatisme initial dans un laps de temps qui peut varier de 1 jour à 1 mois. »

Zona ophtalmique.

HISTORIQUE. — Les premiers cas de zona ophtalmique furent décrits par Haen, Rayer, Casenave et Traübe, mais d'une façon incomplète, et Mackenzie en 1858, dans son *Traité pratique des maladies de l'œil*, parle en quelques lignes de cette maladie. Il faut arriver à Trousseau et à Hutchinson pour voir la maladie bien décrite et bien individualisée.

En effet, en 1864, Trousseau présente 2 cas de zona ophtalmique à une de ses cliniques de l'Hôtel-Dieu. En 1866, Hutchinson rassemble une cinquantaine d'observations de zona ophtalmique et insiste sur le diagnostic différentiel avec l'érysipèle, sur la fréquence du zona ophtalmique, la marche, l'aspect et le siège de l'éruption.

L'année suivante paraissent les 9 observations réunies par Bowman et en 1872 la remarquable thèse d'Hybord sur le zona ophtalmique avec 98 observations. Depuis ce travail remarquable, la maladie se précise de plus en plus et aujourd'hui le zona ophtalmique est une affection bien définie et qu'on ne confond plus avec l'herpès et à plus forte raison avec l'érysipèle.

DÉFINITION. — Le zona ophtalmique est caractérisé par une éruption de vésicules apparaissant sur des placards érythémateux, éruption localisée à la région innervée par la première branche du trijumeau et s'accompagnant de douleurs vives. Cette éruption est unilatérale et ne dépasse jamais la ligne médiane.

ANATOMIE. — La première branche du trijumeau est le nerf ophtalmique de Willis qui part du ganglion de Gasser et entre aussitôt dans la paroi du sinus caverneux. Elle se trouve là au voisinage du moteur oculaire commun et du pathétique qui cheminent avec elle dans la paroi même du sinus et tout près du moteur oculaire externe et de la carotide, qui occupent la cavité du sinus caverneux. Avant d'entrer dans l'orbite, immédiatement en arrière de la fente sphénoïdale, l'ophtalmique se divise en 3 branches : le nasal, le frontal, le lacrymal.

Il se distribue aux téguments et au globe oculaire. Les téguments qui en dépendent sont : la paupière supérieure avec la conjonctive correspondante, le nez avec la muqueuse des fosses nasales, la peau du front et du cuir chevelu jusqu'au vertex. Quant au globe oculaire, son innervation est assurée par le rameau nasal, dont dépendent déjà la peau du nez et la muqueuse des fosses nasales.

SYMPTÔMES. — La manifestation principale du zona, c'est *l'éruption*. Brusquement, on voit apparaître sur la peau des placards érythémateux, légèrement sail-

lants, à la surface desquels se montrent des vésicules disséminées ou réunies en groupe. Cette éruption siège sur la paupière supérieure, le sourcil, la région frontale, sans dépasser la ligne médiane, le cuir chevelu jusqu'au vertex et la face correspondante du nez. Elle ne s'étend pas au delà de la ligne médiane, ce qui est un caractère propre au zona.

L'éruption est d'ordinaire accompagnée d'une tuméfaction des téguments, quelquefois si accentuée qu'elle prend l'aspect de l'érysipèle de la face. Le gonflement atteint son maximum dans les paupières, dont le tissu cellulaire lâche se laisse distendre avec facilité.

Cette éruption n'est pas localisée à la peau ; elle atteint aussi tous les autres tissus ou organes auxquels se distribue l'ophtalmique.

La conjonctive s'enflamme, rougit et secrète ; la muqueuse nasale est prise du côté correspondant au zona, il se développe un coryza unilatéral. Le globe oculaire, lui-même, est souvent atteint par le zona. Des vésicules apparaissent sur la cornée ; elles s'ouvrent rapidement et laissent à leur place des ulcérations, souvent persistantes, qui sont l'origine d'opacités petites ou grandes. L'anesthésie cornéenne, assez fréquente, est un signe fâcheux. L'atteinte de l'iris, assez rare, est une complication sérieuse.

Les douleurs sont fréquentes et se montrent à tous les degrés d'intensité. Il existe, à la fois, des douleurs profondes, véritables névralgies intermittentes, périodiques, et des douleurs superficielles qu'éveillent ou

avivent les plus légères irritations de la peau. Elles durent souvent longtemps après le zona.

Les douleurs ont un rapport indéniable avec l'âge des malades. Les enfants ne souffrent jamais ; les adultes, assez souvent ; les personnes âgées, très fréquemment.

L'état général ne semble guère influencé dans le zona ophtalmique ; rarement il existe une fièvre légère, des malaises, de l'anorexie.

La période inflammatoire du zona ophtalmique est de 8 à 12 jours, quelquefois moins ; mais les ulcérations cutanées mettent longtemps à se cicatriser. Dans les cas légers, elles guérissent en quatre ou cinq semaines en laissant à leur place des taches pigmentaires ou des cicatrices déprimées, dont l'aspect et la localisation permettent de faire, à première vue, le diagnostic rétrospectif de zona. Dans les formes graves, il faut bien plus longtemps, quelquefois des mois, pour que l'inflammation disparaisse et que la cicatrisation soit complète ; cela tient à l'étendue et à la profondeur des ulcérations, qui laissent de grandes cicatrices irrégulières et indélébiles.

COMPLICATIONS. — Le chapitre des complications et séquelles du zona ophtalmique nous intéresse au plus haut point, car quand le zona est d'origine traumatique ces complications et ces séquelles posent des problèmes de médecine légale.

Tout le danger du zona ophtalmique vient de la participation du globe oculaire. Les lésions de l'œil

dans le zona sont toujours longues, traînantes, difficiles à guérir. Très souvent, elles diminuent la vision (taies de la cornée, iritis) ; quelquefois, elles l'abolissent complètement et peuvent même, par infection secondaire, déterminer la perte du globe oculaire.

Les *ulcérations* superficielles de la cornée (kératite ulcéreuse superficielle), conséquences de l'éruption, guérissent lentement et laissent souvent à leur place de petites taies ou opacités. Les ulcérations cornéennes peuvent s'infecter secondairement et donner des ulcères infectieux avec toutes leurs conséquences : perforation, panophtalmie, opacification cornéenne.

Quelquefois on constate une véritable kératite interstitielle ou *parenchymateuse* (1) qui évolue lentement et trop souvent ne guérit qu'en partie, laissant après elle des taches définitives.

Dans certains zonas, la cornée infiltrée, ulcérée et insensible, ressemble beaucoup à la cornée de la kératite neuro-paralytique.

L'*iritis* se présente avec ses caractères habituels : pupille étroite, irrégulière, occupée par des exsudats, se dilatant mal ou irrégulièrement sous l'action des mydriatiques. Sa marche est souvent insidieuse, tranquille ; il faut en surveiller l'apparition avec d'autant plus de soin que l'iris est souvent caché derrière des lésions cornéennes. Il existe aussi des iritis très vifs dans leur allure.

On a observé des paralysies oculo-motrices, des

1. F. Terrien, La kératite parenchymateuse, manifestation primitive du zona ophtalmique (*Arch. d'Ophtalm.*, 1900).

lésions de choréïdite et même des névrites optiques. Mais ce sont là des complications exceptionnelles qui tiennent une place très petite dans la séméiologie habituelle du zona ophtalmique.

Les *douleurs* de la période aiguë du zona et les douleurs consécutives sont quelquefois très vives. La douleur persistante, qui dure des années, est peut-être la plus à craindre des complications du zona.

Les lésions cutanées, placards et vésicules, prennent quelquefois une teinte ecchymotique ou purpurique ; c'est ce qu'on appelle le zona hémorragique : il donne habituellement des cicatrices indélébiles.

Les cicatrices sont plus profondes encore dans une autre forme, le zona gangréneux, qui survient de préférence chez les sujets affaiblis et donne de véritables escharres, suivies de vastes ulcérations qui se cicatrisent lentement.

Il est possible de voir s'installer, à la suite d'un zona ophtalmique, des paralysies oculo-motrices, totales ou partielles, portant sur le moteur oculaire commun ou sur le facial. De tels faits sont à rapprocher des observations de Brissaud portant sur l'installation d'une hémiplégie croisée consécutive au zona ophtalmique. De telles séquelles permettent d'envisager la propagation de l'infection du ganglion de Gasser par sa racine vers le mésocéphale.

ETIOLOGIE. — A certains moments, on a considéré le zona comme un syndrome pouvant être déterminé par des causes diverses. Parmi elles, on insistait sur la

fréquence de la tuberculose et de la syphilis. Aujourd'hui, bien que l'agent causal demeure encore ignoré (sans doute s'agit-il d'un virus neurotrope), l'origine infectieuse de l'affection ne fait aucun doute. Il s'agit d'une névrite de la première branche du trijumeau, de la branche ophtalmique de Willis, névrite d'origine infectieuse, mais dont diverses causes peuvent favoriser l'apparition, et au premier chef toutes les infections, en particulier la syphilis. Ce pourra être quelquefois un symptôme d'intoxication arsenicale, — car on sait l'action parfois nocive sur les nerfs des arsenicaux, aujourd'hui de plus en plus employés, en particulier des arsenicaux pentavalents, — parfois aussi d'une intoxication iodée.

Parmi les autres causes adjuvantes ou favorisantes, il convient de retenir le rôle du *traumatisme*.

Par ce travail, nous avons essayé d'apporter quelques documents en faveur du traumatisme, cause déclenchante du zona.

Nous donnons à la fin de ce chapitre l'observation inédite qui est à l'origine de ce travail et un certain nombre d'autres observations, que nous avons glanées dans la littérature médicale.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de zona ophtalmique ne se pose avec difficulté que dans les formes frustes ou atypiques. Le caractère des douleurs, leur localisation, ainsi que la distribution unilatérale des lésions, sont les éléments cliniques du diagnostic positif. Dans les cas douteux, on pourra y ajouter les rensei-

gnements fournis par la ponction lombaire. Ainsi on élimine l'herpès, la varicelle.

Les erreurs de diagnostic les plus fréquemment faites sont fournies par l'érysipèle, la dacryocystite et certains érythèmes accidentels.

TRAITEMENT. — Localement, protéger les lésions avec un pansement léger, poudrer au talc. Maintenir un pansement protecteur sur l'œil, faire des lavages aseptiques, mettre un collyre antiseptique très doux (argyrol).

Même si la réaction de Wassermann est négative, on a l'habitude de prescrire à ces malades un traitement anti-infectieux, à base d'hydrargyre ou d'arsenic. Le salicylate de soude en injection intra-veineuse (2 à 4 gr. par jour en solution glucosée à 10 %) a le double effet d'être une médication active et de calmer la douleur. Contre celle-ci, on se trouvera bien d'associer aux analgésiques l'autohémothérapie et le traitement électrique (ionisation).

En présence d'une kératite, ou si l'on a des raisons d'en craindre l'apparition, par exemple si la cornée a perdu sa sensibilité, on aura recours à la tarsorrhaphie médiane qui constitue ici le meilleur mode de protection.

OBSERVATION INÉDITE DU PROFESSEUR TERRIEN.

Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans, exerçant la profession d'ajusteur-mécanicien, blessé à la partie supéro-externe de la région frontale gauche par un volant, déter-

minant une contusion assez violente. Quelque peu étourdi, il ne tomba pas cependant et continua à travailler, bien qu'il ressentît un fort mal de tête qui persista les jours suivants. Le lendemain, les paupières gauches étaient quelque peu contractées et avec le blépharospasme; la joue, dit-il, était un peu enflée. Enfin, 5 jours après, quelques vésicules apparaissaient sur la partie supéro-externe de la région frontale œdématiée et aussi à la racine des cheveux. Le Dr Favre, consulté à ce moment, portait le diagnostic de zona ophtalmique de la région frontale gauche avec vésicules, douleurs névralgiques, anesthésie de la cornée et délivrait un certificat dans ce sens.

Il conseille aussitôt l'autohémothérapie et, quelques jours plus tard, l'anesthésie cornéenne se compliquant d'injection périkeratique et d'une légère exulcération paracentrale de la cornée, le malade est envoyé dans le service d'ophtalmologie du Dr Coutela qui, après avoir constaté le zona, afin de protéger cette membrane, pratique une tarsorrhaphie médiane qui est maintenue trois semaines. Puis, les phénomènes réactionnels ayant disparu, les paupières furent libérées et, six semaines plus tard, le sujet reprenait son travail.

Mais, celui-ci ayant incriminé le traumatisme comme cause de son affection, une expertise avait été ordonnée par le juge de paix et j'avais été désigné à l'effet de :

« Préciser la nature de la blessure dont le sujet aurait été atteint, la relation de cause à effet pouvant exister entre cette blessure et l'accident de travail dont le blessé prétend avoir été victime ; son état actuel ; enfin la date

de la guérison ou celle de la consolidation de la blessure ; dire si le blessé est atteint d'incapacité permanente et en fixer le taux éventuel. »

Voici au moment de mon examen les lésions que l'on pouvait constater : l'œil droit est parfaitement normal ainsi que les annexes de l'œil (paupières et conjonctive) et la vision est également normale.

Œil gauche : les annexes de l'œil (paupières et conjonctive) ne montrent aucune lésion ni rétraction cicatricielle et l'œil lui-même, dont la motilité extrinsèque et intrinsèque ne présente aucune limitation, a un aspect normal. Toutefois, l'examen à l'éclairage oblique montrait sur la cornée une petite taie paracentrale siégeant en regard de la pupille, au niveau du bord inféro-externe de celle-ci, petite, assez diffuse, peu épaisse, très superficielle et mesurant environ 2 millimètres de large sur 3 millimètres de long. Tout le reste de la cornée est parfaitement transparent mais toute sa surface est très hypoesthésiée. Alors qu'un fragment de coton promené sur la cornée droite provoque un très violent réflexe de clignement, à gauche les paupières réagissent à peine et l'œil reste ouvert.

La pupille réagit bien à la lumière, les milieux oculaires sont bien transparents et le fond d'œil normal. Réfraction emmétropique. Très léger astigmatisme direct. Acuité des champs visuels normale.

De plus, on constate à la partie supéro-externe de la région frontale gauche de petites cicatrices cutanées légèrement pigmentées et, par comparaison avec le côté droit sain, une très légère hypoesthésie de la région cutanée innervée par le rameau frontal de l'ophtalmique.

Les commémoratifs, joints aux certificats présentés, enfin l'état actuel du sujet, permettent de porter le diagnostic de zona ophtalmique ayant intéressé la région frontale gauche, avec participation légère de la cornée.

La relation entre les lésions constatées et le traumatisme était évidente et ceci pour les raisons suivantes :

Sans doute le zona est avant tout une névrite, névrite entraînant sur tout le trajet cutané innervé par le nerf intéressé l'apparition de vésicules et la rougeur de la peau, l'affection apparaissant le plus souvent spontanément à la suite de névralgie et sans être précédée de traumatisme.

Toutefois la relation entre le traumatisme et l'apparition de ce zona devait être ici retenue.

En effet, le zona était apparu très rapidement dans les quelques jours qui avaient suivi le traumatisme et s'était localisé à la région contusionnée. L'éruption et les troubles cutanés avaient été précédés de douleurs névralgiques témoignant d'une lésion nerveuse, toujours nécessaire à l'éclosion du zona.

Déjà Charcot, en 1859, insistait sur cette notion montrant que le zona apparaissait souvent sur le trajet de nerfs ayant été traumatisés.

Barensprung a vu un zona se localiser sur le territoire des première et deuxième branches du trijumeau après l'extraction d'une dent.

Dor a vu un zona ophtalmique se développer à la suite d'une contusion de cette région par une branche d'arbre ; dans une autre observation, le zona était survenu sur la

région sous-orbitaire quelques jours après que celle-ci avait été contusionnée par un fragment de bois.

Enfin j'ai relevé dans le *Traité de neurologie oculaire* de Wilbrand et Saënger une observation superposable à la nôtre (citée plus loin).

En résumé, les notions que nous avons sur l'origine nerveuse du zona, son apparition rapide après une contusion de la branche ophtalmique de Willis, les observations identiques recueillies dans la littérature ophtalmologique nous permettent dans des cas semblables de retenir le traumatisme dans l'étiologie de cette affection.

OBSERVATION DU PROFESSEUR CHALIER

(parue dans le *Journal de Médecine de Lyon*, 1934).

B. ., 65 ans, entre le 15 mai 1932 dans le service, pour un zona ophtalmique ayant débuté il y a 15 jours environ. Dans ses antécédents, on trouve un lourd passé traumatique : plaie de la jambe droite sans fracture, compliquée d'infection ; accident d'automobile avec blessure du cuir chevelu ; écrasement d'un doigt de pied au cours de son travail ; une fracture de côte à droite à la suite d'une chute ; un écrasement du pouce gauche.

Il fait remonter le début de son affection à un traumatisme sur la région frontale droite, à l'endroit même où son zona a apparu à la suite d'une chute dans sa cave. La région demeure tuméfiée pendant 8 jours.

Quinze jours après, il ressent quelques piqures et des brûlures sur le front (gauche) dans la région de son traumatisme, puis il apparaît une rougeur au niveau de la face,

des deux côtés, avec une tuméfaction qui se précise du côté droit, entre la pommette et l'aile du nez. Il ne se sent pas fiévreux, dit-il, et continue son travail. Mais, huit jours après, les brûlures, les douleurs lancinantes au niveau du front s'accroissent et en 2 à 3 jours s'installe un placard rouge au niveau du front gauche, parsemé de vésicules. Les douleurs sont intenses le jour, mais n'empêchent pas le malade de dormir. Il accuse de la fièvre, de l'inappétence et des frissons, c'est alors qu'il entre à l'hôpital.

Le malade se présente à notre examen avec une température au-dessus de 38°, un pouls à 80. Les douleurs au niveau du front sont peu accentuées. Il s'agit d'un zona d'aspect hémorragique. Le placard érythémateux part de la fontanelle, couvre le front gauche pour s'arrêter en bas au niveau de l'arcade sourcilière. La paupière, l'aile du nez ne sont pas envahies. Latéralement, l'éruption s'arrête juste à la ligne médiane. Sur ce placard érythémateux se trouvent des croûtelles noirâtres recouvrant d'anciennes vésicules crevées. Quelques éléments ont dépassé la ligne médiane et se retrouvent sur le cuir chevelu à droite.

La paupière est tuméfiée et oedématisée.

La conjonctive est enflammée. On ne sent pas de ganglion préauriculaire.

L'examen de la sensibilité montre une anesthésie au toucher et à la piqure dans toute la région érythémateuse. Pas d'anesthésie de la cornée.

La musculature intrinsèque et extrinsèque de l'œil est normale. Pas de myosis. Il accuse une légère diminution de l'ouïe du côté gauche. Le facial est indemne.

Les réflexes achilléens et rotuliens sont normaux à droite et diminués à gauche.

Les réflexes oculaires sont normaux, pas d'Argyll-Robertson.

La ponction lombaire montre une légère réaction méningée : six lymphocytes à la cellule de Nageotte.

Albumine 0 gr. 25 et sucre 0 gr. 69 dans le liquide céphalo-rachidien.

Rien à signaler aux autres appareils.

Tension : 14/7.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Wassermann et Hecht négatifs dans le sang.

Examen du sang :

Globules rouges.....	4.495.000
Globules blancs.....	12.000
Poly.....	66 %
Lympho.....	14 —
Moyens mono.....	5 —
Grands mono.....	9 —
Transition.....	6 —

OBSERVATION DE LENHARTZ.

(*Traité de neurologie* de Willbrand et Saënger).

H. L..., âgé de 43 ans, toujours bien portant.

Le patient tomba contre un mur et présenta à la suite de cette chute une assez grosse tuméfaction.

Quelques jours plus tard survint un gonflement de la moitié correspondante de la face. Sur la peau tuméfiée apparurent de nombreuses vésicules à contenu citrin qui se troublèrent dans la suite. La disposition des vésicules cor-

respondait au trajet de la première branche du trijumeau.

La cornée était demeurée transparente, mais sa sensibilité était très diminuée, de même que celle de la peau dans toute la partie innervée par cette première branche.

La conjonctive était fortement injectée et les douleurs vives au voisinage de l'œil et dans le cuir chevelu.

Par la suite, tout avait rétrocedé et il ne restait plus que les cicatrices pigmentées des vésicules.

OBSERVATION DE LETULLE

(*France Médicale*, 1876).

Un homme de 53 ans tombe le 5 septembre sur les marches d'un escalier ; il se fait une plaie large et profonde dans la région temporo-pariétale gauche ; une artère importante est ouverte et nécessite une ligature, la plaie suppure et est pansée avec soin. *Onze jours plus tard*, une névralgie sus-orbitaire apparaît du côté opposé au traumatisme, puis 2 jours après se montrent les premières plaques de zona au niveau du point d'émergence du nerf sus-orbitaire. Le zona ophtalmique se complète peu à peu.

Il ajoute : « Ce qui prouve bien, à mon sens, que cette éruption zostérienne fébrile se développait sur un terrain infectieux, c'est le fait exceptionnel, si je ne m'abuse, d'une adénite parotidienne suppurée évoluant du côté du zona ophtalmique. S'il est, comme je le pense, légitime d'adjoindre la notion de l'infection à la doctrine du zona traumatique, cet exemple que je rapporte brièvement ici me paraît être un argument d'une valeur indiscutable. »

CAS DE PANAS CITÉ DANS LA THÈSE D'HYBORD

(Paris, 1872).

Garçon de 3 ans. A la suite d'un coup, éruption de vésicules herpétiques sur les 2 paupières droites, sur la joue, avec blépharo-conjonctivite.

OBSERVATION DE HYBORD

Zona ophtalmique typique survenu 5 jours après un traumatisme de la face.

Conclusions.

1° Le zona ophtalmique est la conséquence d'une infection de la branche ophtalmique de Willis. Le virus de cette infection est encore inconnu ; les faits cliniques, anatomo-pathologiques et bactériologiques concourent tous à prouver sa nature infectieuse ;

2° Le zona ophtalmique est une maladie infectieuse pouvant se développer à l'occasion d'un traumatisme qui a supprimé l'immunité locale de l'organisme vis-à-vis du virus, produisant ainsi une zone de moindre résistance ;

3° Les rapports entre le zona ophtalmique et le traumatisme étant indéniables dans certains cas observés, nous en tirons les conclusions médico-légales suivantes.

Au point de vue médico-légal, le problème se pose de deux façons différentes :

- a) Le malade a déjà consulté pour un traumatisme et revient consulter pour un zona dans la région traumatisée ;
- b) Le malade vient consulter pour un zona ophtalmique qu'il rattache à un traumatisme pour lequel il n'a pas consulté.

Dans le 1^{er} cas comme dans le 2^e, il est nécessaire que le zona survienne dans la région traumatisée, et qu'il apparaisse dans un délai qui peut varier d'un jour à un mois.

Si le malade du 1^{er} cas remplit ces conditions, il faut rattacher le zona ophtalmique au traumatisme.

Pour le malade du 2^e cas qui vient consulter pour un zona ophtalmique qu'il rattache à un traumatisme pour lequel il n'a pas consulté, il peut exister des reliquats indiscutables de traumatisme récent : ecchymoses, cicatrices, fractures et projectiles visibles à la radio.

Dans tous les cas, il faut être circonspect.

En cas de doute, le malade bénéficiera du doute et la présomption légale doit jouer, puisqu'on ne peut affirmer que le zona n'ait aucun rapport avec le traumatisme.

Ceci posé, l'ouvrier aura droit à son demi-salaire jusqu'à la date de la guérison.

Si le zona ophtalmique guérit en laissant des séquelles, l'expert devra conclure à une incapacité permanente et partielle et évaluer son taux. En dehors des séquelles peu graves — placards d'alopécie définitifs, petites taies de la cornée — le zona ophtalmique peut laisser après lui des infirmités importantes : névralgies rebelles, paralysies oculo-motrices totales ou partielles portant sur le moteur oculaire commun ou sur le facial, opacité de la cornée, leucomes, staphylome, opacité des corps vitrés, exceptionnellement panophtalmie ou fonte purulente de l'œil.

Le médecin expert aura là à apprécier des incapacités permanentes importantes, d'abord du point de vue fonctionnel, ensuite du point de vue esthétique. Aussi le taux de l'incapacité partielle permanente, sera-t-il parfois élevé : 30 % en cas de perte d'un œil.

Vu : le Président de la thèse,
TERRIEN.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Achard*. — Le zona (Paris Médical, 1924, p. 169).
- Aubineau*. — Zona ophtalmique avec ophtalmoplégie (Gaz. Méd. Nantes, 1914).
- Aujaleu*. — Le zona traumatique (Soc. Méd. Loiret, 17 juin 1931).
- Ardoun de Parthenay*. — Trois observations de zona ophtalmique (Actualité médico-chirurgicale, 1932).
- Barthélemy*. — Zona traumatique (Bull. Soc. Française dermatol. et syph., déc. 1927).
- Laudouin*. — Zona traumatique chez un enfant (Touraine médicale, 1901).
- Bowman*. — Cases of zoster, or unilateral confluent herpes of the ophtalmic region (Ophtalmicus Hos. Reports, 1867).
- Chalier et Martin*. — Zona traumatique (Journ. Médical de Lyon, 1934).
- Charcot*. — Névralgie consécutive à une lésion traumatique et accompagnée d'une éruption de vésicules d'herpès (Journal de physiologie, 1859).
- Darier*. — Précis de dermatologie, 1923.
- Encyclopédie d'ophtalmologie*, t. V.
- Hybord*. — Zona ophtalmique. Thèse Paris, 1872.
- Guérin*. — Du zona ophtalmique. Thèse de Paris, 1883.
- Hutchinson*. — A clinical report of herpes zoster frontalis sen ophtalmicus (*In Ophtalmic Hospital Reports*, vol. V, 1866).

- Jeffries (Joy).* — A case of herpes zoster ophtalmicus (*In Boston med. and surg. Journal*).
- Jorisenne.* — Observation de zona ophtalmique et d'herpès avec des considérations sur leur étiologie (*Annales de la Soc. de Méd. et Chir. Liège*, 1875).
- Landouzy.* — Fièvre zostérienne et exanthème zostériforme (*Semaine Médicale*, 1883).
- Lagrange.* — Zona ophtalmique (*Pratique médico-chirurgicale*).
- Limouzi.* — Observation de zona traumatique (*Soc. Méd. Gan-nat*, 1931).
- Letulle.* — Sur un cas de zona ophtalmique compliqué de paralysie faciale (*Arch. de physio.*, 1882).
- Discussion sur l'étiologie du zona (*La France méd.*, 1889).
- Levaditi.* — Herpès et zona, ectodermoses neurotropes, étude étiologique et pathogénique (*Chabrué édit.*, Paris).
- Marinesco.* — Pathogénie et physiologie du zona (*Acad. Med.*, 1922).
- Mougeot.* — Recherche sur quelques troubles de la nutrition consécutifs aux lésions des nerfs. Thèse Paris, 1867.
- Maupetit* — Considérations sur l'étiologie et la pathogénie de l'herpès traumatique. Thèse Paris, 1867.
- Pierron.* — Contribution à l'étude des manifestations oculaires du zona (*Clinique ophtalmologique*. Paris, 1921).
- Poulard.* — Traité d'ophtalmologie, 1923.
- Rabaté.* — Zona et traumatisme. Thèse Paris, 1934.
- Rollet.* — Le zona ophtalmique (*Journal médecine Lyon*, 1920).
- Terrien.* — Précis d'ophtalmologie, 1924.
- Thiebierge.* — A propos du zona traumatique (*Gaz. Hôp. Paris*, 1923).
- Trousseau.* — Clinique de l'Hôtel-Dieu de Paris, 1864.
- Wilbrand et Saenger.* — Die Neurologie des Auges.

